LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Les veines de la prostate, par A. Guépin, 33 — **Académie des sciences** : *Séance du 4 janvier.* — Présidence de M. A. Cornu. — Effets de la variation combinée des deux facteurs de la dépense énergétique du muscle sur la valeur des échanges respiratoires témoins de cette dépense dans le cas de contraction statique. Confirmation des renseignements donnés par l'étude isolée de ces deux facteurs (poids de la charge ; degré de raccourcissement du muscle) sur les rapports de la dépense avec la valeur de la force élastique qui en résulte, 34. — Influence du système nerveux sur les effets obtenus par l'injection des serums vaccinés, 34. — Influence des différents processus psychiques, sur la pression du sang chez l'homme, 35. — **Académie de médecine** : *Séance du 12 janvier.* — Présidence de M. Caventou, 35. — Élection, 35. — Le Davainea madagascariensis à la Guyane, 35. — **Société médicale des hôpitaux** : *Seance du 8 janvier.* — Présidence de M. d'Heilly. — Lavage du sang dans une infection à streptocoques, 35. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance**, 36. — **Association française d'urologie**. Première session : 23 octobre 1 96 (suite). — Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose, 37. — Physiologie pathologique de l'augmentation de volume du rein et de la polyurie dans les crises d'hydronéphrose intermittente, 38. — Adénite sus-claviculaire cancéreuse dans le cancer de la prostate, 30. — Deux cas d'intervention contre l'hypertrophie de la prostate, 39. — A propos de la castration pour hypertrophie de la prostate. 39 — Pr. thèse testiculaire après castration, 40 — Valeur de la résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate, 40. — De la désinsertion des muscles droits dans la taille hypogastrique, 40. — **Société de chirurgie** : *Séance du 6 janvier* — Présidence de M. Ch. Monod. — Traitement chirurgical du cancer du foie, 41. — Tumeur cérébrale, 41. — Tuberculose du rein, 41. — Traitement du cancer du foie, 42. — Rétrécissement traumatique de l'urèthre, 42. — Gangrène du poumon. Résection de lambeaux sphacelés, 42. — Hypertrophie mammaire énorme. Ablation. Guérison, 43. — Ulcus elevatum de l'avant-bras syphilitique pris pour un ostéo-sarcôme, 42. — **Variétés** : Conseil général, 42. — Banquet, 43. — **Memento pratique** : Le sulfonal contre les sueurs nocturnes des phtisiques, 44. — Remède contre les piqûres de moustiques, punaises et autres insectes, 47. — **Nouvelles**, 47.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les veines de la prostate (1)

par A. GUÉPIN,

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

I. Lorsque, préparant les travaux que vous savez sur les glandes de l'urètre, j'avais l'occasion de faire nombre d'autopsies, mon attention fut parfois fixée sur les plexus veineux prostatiques, souvent si développés chez le vieillard et dont les descriptions succinctes que je lisais dans mes auteurs (Sappey, Charpy, Fort, etc.) ne me paraissaient point répondre exactement à ce que j'avais sous les yeux.

En effet si, pour étudier dans ses détails et avec toute la précision indispensable, la circulation veineuse de la prostate, il faut nécessairement avoir recours aux injections vasculaires, il arrive souvent que retirant en bloc du petit bassin, après avoir coupé l'urètre le plus loin possible au devant du bec prostatique, la vessie, les vésicules séminales et la prostate avec une grande partie des tissus voisins, on trouve, par une dissection plus minutieuse, de grosses branches veineuses remplies de sang, parfois même de caillots déjà anciens; elles donnent une idée grossière, il est vrai, de la distribution habituelle des vaisseaux dans la région.

Quelques tentatives d'injections, peu réussies d'ailleurs, jointes à l'observation fréquente des veines dilatées de la prostate, m'engagèrent à comparer les résultats de ma petite expérience à ceux obtenus par d'autres plus compétents dans cette question spéciale. La thèse de M. Ziégler (Bordeaux 1893-1894, inspirée par M. Bouchard (de Bordeaux), m'a paru contenir non seulement un historique intéressant et bien exposé, mais surtout l'expression la plus exacte des faits.

Je citerai une fois pour toutes ce mémoire consciencieux, et m'appuyant surtout sur l'autorité légitime des conclusions de l'auteur, je résume brièvement un sujet aride dont les conséquences cliniques et opératoires offrent cependant une réelle importance.

II. — Pour se rendre compte en quelques instants des grands caractères de la circulation veineuse prostatique, ou mieux prostato-vésicale, il faut nécessairement les concevoir d'une façon tout-à-fait schématique et artificielle. Il importe aussi de ne point oublier que le plexus veineux vésico-prostatique a une existence à part, qu'il est distinct, quoique voisin, du plexus de Santorini, des plexus séminaux, des plexus hémorrhoidaux. De plus, il s'anastomose largement en avant, en arrière et en bas avec ces groupes veineux, bien connus dans leurs origines, leurs rapports et leurs points de terminaison.

Confondu en effet souvent dans un exposé commun avec le plexus de Santorini, le plexus vésico-prostatique est situé au-dessous de ce dernier; il n'est point inextricable comme on l'a parfois avancé; il présente au contraire, une certaine régularité dans le nombre, le volume et les rapports de ses grosses branches et peut être suivi dans ses rameaux les plus ténus.

Les veines qui le constituent (et mieux les lacis veineux qui par leur groupement simulent un cana-

(1) Communication à la *Société de médecine de Paris*, séance du 28 décembre 1896.

unique), ont leurs origines dans la verge, la prostate et la vessie.

Dans le pénis, c'est la veine dorsale profonde de la verge qui vient aboutir au quadrilatère veineux antérieur décrit plus loin. Dans la prostate, ce sont les veines intra-lobulaires. Elles cheminent dans la trame musculo-conjonctive du lobule, sous forme de fins rameaux fréquemment anastomosés entre eux et se terminent dans le quadrilatère antérieur ou dans les veines latérales. Dans la vessie enfin, elles partent des plexus de l'organe pour se jeter dans les branches vésicales antérieures. Déjà par ses origines même, le plexus vésico-prostatique se relie aux autres appareils veineux de l'urètre et de la vessie.

Des angles inférieurs de ce même quadrilatère partent les veines honteuses internes, branches de l'hypogastrique et, sur le tronc commun aux honteuses internes, c'est-à-dire sur le côté inférieur du quadrilatère, se termine la veine dorsale profonde de la verge.

Les faces latérales de la prostate sont parcourues obliquement par un double rameau veineux de gros volume qui, parti d'une bifurcation des branches inférieures du quadrilatère (honteuses internes), va rejoindre les branches supérieurs (hémorrhoïdales moyennes).

La face postérieure de la glande, par une contradiction frappante, ne présente aucun rameau veineux macroscopiquement appréciable (Ziegler).

Sur la face antérieure de la prostate et appliqué contre elle par un tissu conjonctif riche en fibres musculaires lisses qui lui adhère fortement, qui se continue avec une gangue analogue entourant les vésicules séminales (1), est un quadrilatère veineux dont les angles latéraux supérieurs donnent naissance aux veines vésicales antérieures. Celles-ci s'infléchissent en s'écartant les unes des autres sur les parois latérales du réservoir urinaire et vont aboutir à l'hémorrhoïdale moyenne qui est à son tour, directement ou indirectement suivant les auteurs, une des origines de la veine porte.

III. — Pour ne point prolonger cette communication cependant bien écourtée déjà, je ne tirerai point aujourd'hui les déductions nombreuses de cette revue d'anatomie normale. Peut-être faut-il toutefois en retenir que le plexus veineux vésico-prostatique est une région d'anastomoses multiples et importantes entre les systèmes porte et cave inférieur. Il suffit de songer à la présence des veines honteuses internes, vésicales, hémorrhoïdales et des plexus qui en dépendent pour être frappé par la possibilité d'un retentissement, sur ce carrefour, des troubles de la circulation veineuse du petit bassin et l'abdomen tout entier.

L'abouchement commun des veines prostatiques et vésicales dans le même plexus peut expliquer l'intimité pathologique parfois constatée entre la prostate et la vessie.

Enfin, l'absence de vaisseaux sur la face postérieure de la prostate facilite au besoin l'approche de la glande pour les interventions à y tenter.

(1) Reliquet et Guépin. *Les glandes de l'urètre*, tome I, chapitre Ier. Paris 1894.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 janvier. — Présidence de M. A. Cornu.

Effets de la variation combinée des deux facteurs de la dépense énergétique du muscle sur la valeur des échanges respiratoires témoins de cette dépense, dans le cas de contraction statique. Confirmation des renseignements donnés par l'étude isolée de ces deux facteurs (poids de la charge, degré de raccourcissement du muscle) sur les rapports de la dépense avec la valeur de la force élastique qui en résulte. — M. A. Chauveau et J. Tissot.

Influence du système nerveux sur les effets obtenus par l'injection des sérums d'animaux vaccinés (1). — MM. Charrin et de Nittis. Des expériences portent à penser que, dans les processus de résistance, qui font suite à l'introduction des sérums des animaux vaccinés, les forces réactionnelles de l'organisme entrent en jeu. Il nous a paru intéressant de chercher à voir quelle part le système nerveux prend à la réalisation de ces actes de défense.

Pour ces expériences, nous avons employé une méthode nouvelle. Chaque fois que l'on compare l'action des virus sur deux animaux, certains doutes subsistent; les animaux, bien qu'appartenant à la même espèce, peuvent offrir, à des degrés divers, cette réceptivité ou cette résistance qui sont toujours relatives. Ces raisons nous ont conduits à modifier la technique, en opérant sur le même animal, dont des parties similaires étaient placées dans des conditions différentes.

D'autre part, nous avons créé des lésions nerveuses : la section du sciatique ou, parfois, de la moelle lombaire nous a fourni des régions comparables, les unes soustraites à l'influence du système nerveux, les autres encore soumises à son action. D'autre part, nous avons injecté, dans les veines, du sérum de cobaye vacciné contre le *Proteus vulgaris*, en suivant un procédé récemment indiqué par l'un de nous (2). Enfin, nous avons inoculé une même dose de culture vivante, virulente, du *Proteus vulgaris*, et dans la patte normale et dans la patte énervée.

Tantôt l'injection du sérum a précédé l'énervation, tantôt elle l'a suivie, tantôt elle a été faite en même temps que l'inoculation du virus.

Dans tous les cas, c'est dans les parties différenciées d'un même organisme dont tous les tissus subissent le contact du sérum immunisé, c'est dans des régions comparables,

(1) Travail du laboratoire de Pathologie générale.

(2) De Nittis, *Comptes rendus de la Société de Biologie* 13 juin 1896.

l'une normale, l'autre privée de ses nerfs, que nous avons comparé l'évolution du virus.

Il importe de doser, pour ainsi dire, la résistance conférée à l'animal par l'injection de ce sérum, de la proportionner à l'infection.

Si cette résistance est par trop considérable, les abcès peuvent être tous les deux par trop rudimentaires ; dans le cas contraire, l'animal peut succomber. Dans nos expériences, la dose injectée à chaque lapin, dose mortelle en vingt-quatre heures pour un sujet sain, détermine chez lui un amaigrissement modéré, accompagné des symptômes d'une infection subaiguë.

Dans la majorité des cas, les abcès ont acquis un plus grand volume, ou même se sont développés uniquement dans la région soustraite à l'influence nerveuse.

» L'enseignement qui se dégage de ces faits, c'est que les lésions du système nerveux qui, en général, favorisent l'infection (1), s'opposent aussi à la plénitude de la défense de l'organisme secouru par les sérums.

Ces sérums mettent en jeu des processus variés, font apparaître des modifications, et statiques, et dynamiques ; ils interviennent en partie, en stimulant le système nerveux, qui, à son tour, stimule les cellules. Là où ce système nerveux a subi une détérioration, ces réactions font défaut, sont atténuées, ou ne sont qu'imparfaitement transmises ; les éléments anatomiques énervés offrent trop de prise au virus, réagissent insuffisamment, opposent moins de résistance.

Influence des différents processus psychiques, sur la pression du sang chez l'homme. MM. A. Binet et N. Vaschide.» En résumé, *toutes nos expériences de psychologie ont provoqué une forte augmentation de pression sanguine* ; mais, pour ne pas généraliser indûment cette proposition, nous ajoutons que nos expériences ont eu chacune une durée maxima de quatre minutes. Il reste à savoir si des expériences beaucoup plus prolongées, durant des heures et des journées, et amenant une fatigue profonde, ne s'accompagneraient pas de l'effet contraire, d'une diminution de pression (2).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 janvier. — Présidence de M. Carenton.

La Correspondance comprend : 1° une lettre de M. Segond, qui se porte candidat dans la section de médecine opératoire ; 2° une lettre de M. le commandant Strauss, offrant à l'académie de la part de son frère, le professeur Straus, récemment décédé, la bibliothèque de ce dernier ; 3° une lettre du préfet de la Seine, annonçant à l'Académie l'envoi du buste du professeur Mathieu Hirtz, décédé membre de l'Académie, buste exécuté par le sculpteur Barrias ; 4° un rapport sur une épidémie de pelade par le Dr Henri Dezautière, médecin des usines de la Machine.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : En 1re ligne, M. Guignard ; en 2e ligne *ex æquo* MM. Beaure gard et Bourquelot ; en 3e ligne *ex æquo* MM. Béhal, Quesneville et Vigier.

Sur 69 votants, majorité 35, M. Guignard est élu par 68 voix. Il y a un bulletin blanc.

Le Davainea madagascariensis à la Guyane. — M. R. Blanchard.

Travail des enfants dans les manufactures. — M. Napias. — L'étude des questions d'hygiène industrielle est relativement récente, on pourrait la faire remonter tout au plus à la fin du siècle dernier : Sans doute de tout temps beaucoup de praticiens se sont préoccupés de ces questions, mais il n'y a guère qu'un siècle qu'elles ont commencé à faire l'objet de mesures législatives. Lorsqu'on a commencé à réglementer l'âge auquel les enfants pouvaient être admis dans les manufactures on a fixé l'âge de 8 ans et l'on ne sait si l'on doit le plus s'étonner de la barbarie de cette loi qui permettait l'entrée dans les manufactures à un âge aussi tendre, ou de la barbarie des mœurs auxquels la loi a dû mettre au moins cette restriction. Plus tard l'âge d'admission a été fixé à 12 ans et c'est tout récemment en 1893, grâce surtout à la vigoureuse initiative de M. Théophile Roussel que cet âge a été fixé à 13 ans.

M. Napias résume les dépositions prises dans les divers pays d'Europe au point de vue de l'hygiène des enfants et des femmes travaillant dans les manufactures.

— A 4 heures 20 minutes l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Pozzi sur les candidats dans la section de pathologie chirurgicale. Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : 1° M. Delorme ; 2° M. Richelot ; 3° M. Peyrot ; 4° M. Bouilly ; 5° M Quenu ; 6° M. Kirmisson.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 janvier. — Présidence de M. d'Heilly.

Lavage du sang dans une infection à streptocoques. — M. Dalché. Une femme de vingt-sept ans entra à l'hôpital Beaujon pour des accidents pyohémiques, dans un état typhoïde alarmant, en stupeur, subictérique, et présentant au niveau des membres plusieurs abcès et des plaques de lymphangite. Il n'y avait rien à l'utérus, et la constatation d'un souffle mitral puis d'un souffle aortique qui se manifestèrent l'un après l'autre, les jours suivants, firent songer à la possibilité d'une endocardite, cause ou effet de l'infection, que des recherches bactériologiques nous apprirent relever du streptocoque. Je fis une injection d'un litre de sérum artificiel de Hayem cinq jours de suite ; chaque lavage fut suivi d'un frisson d'une violence inouïe et d'une élévation de la température qui monta jusqu'à près de 42° pour retomber le soir même aux environs de la normale. L'état général s'améliora assez vite et la malade finit par guérir.

Après l'injection intra-veineuse, il survient de tels phénomènes réactionnels qu'il est bien difficile de considérer la polyurie et la toxurie comme les seuls heureux effets qu'elle provoque. Elle a encore sur l'organisme atteint une action sthénique des plus remarquables, et favorise les efforts qu'il tente pour lutter contre la maladie. Les phénomènes critiques sont incomparablement plus marqués, pour

(1) Charrin et Ruffer, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 9 mars 1889.

(2) Travail du laboratoire de Psychologie physiologique de la Sorbonne, Hautes Etudes.

des quantités égales de liquide, à la suite des injections intra-veineuses qu'après les injections sous-cutanées ; mais le lavage par la voie intra-veineuse nécessite aussi davantage une intégrité du rein et du cœur.

La zone sonore inféro-dorsale à gauche. — M. L. GALLIARD. Il existe, à la base du thorax, à gauche, en arrière, une zone horizontalement étendue des dernières vertèbres dorsales à la région inféro-axillaire ; limitée inférieurement par une ligne horizontale ; limitée supérieurement par une ligne d'abord horizontale, puis obliquement ascendante, plus haute, par conséquent, sur le côté de la poitrine qu'au voisinage de la colonne vertébrale, où sa hauteur ne peut guère dépasser trois travers de doigt Cette zone sonore inféro-dorsale subit, au point de vue des modalités plessimétriques, l'influence de la distension gazeuse de l'estomac et du colon.

C'est surtout au point de vue du traitement de la pleurésie gauche qu'il importe d'étudier le plessimétrisme de la zone inféro-dorsale.

Ectopie cardiaque. — M. MOUTARD-MARTIN présente un malade chez lequel on avait porté le diagnostic d'anévrysme de l'aorte, et sur qui la radioscopie permit de découvrir une ectopie du cœur à droite, déterminée par des adhérences pleurales anciennes.

M. FERNET montre les pièces anatomiques d'un cas de lymphadénie généralisée.

M. HAYEM lit une note sur la **persistance de la propriété agglutinante du sérum des typhiques après chauffages à 57°-59°.**

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 11 novembre. — Présidence de M. DE PRADEL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° les journaux habituels; 2° les bulletins de statistique de la ville de Paris ; 3° des lettres d'excuses de MM. Benoit et Kinzelbach.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce que M. Bertillon, membre associé libre, est nommé membre de l'ordre de Stanislas Newsky.

M. BILLON dépose un mémoire de M. Gory sur les secours à domicile. C'est sur ce mémoire que s'est appuyé M. Fleury Ravarin pour préparer la réglementation actuelle. M. Rotillon est prié de faire une analyse de ce travail, publié en 1891.

Société médicale de Bordeaux. — M. BILLON, après avoir constaté l'intérêt que présentent les bulletins et mémoires de la Société médicale de Bordeaux, surtout au point de vue scientifique, demande à la Société de vouloir bien décider qu'à l'avenir l'analyse de ces bulletins se ferait pour l'année entière. De plus il estime que nous pourrions nous inspirer de la pratique de nos confrères bordelais, en faisant comme eux, au début de chaque séance, la déclaration des maladies régnantes dans chaque arrondissement. M. Billon demande que le compte-rendu de nos séances soit adressé à la Société médicale de Bordeaux. Ces motions sont approuvées.

Indemnité aux médecins du traitement à domicile. — M. GIBERT expose que cette question va être traitée au sein du Conseil de surveillance. Il demande à la Société de vouloir bien lui dicter sa ligne de conduite.

M. LE PRÉSIDENT rappelle que cette question a été déjà traitée par nous diverses reprises, que nous avons toujours demandé l'unification du traitement au taux le plus élevé et que notre délégué n'a qu'à s'appuyer sur nos délibérations antérieures.

M. GIBERT annonce qu'il est question de donner des médailles aux confrères qui seront désignés par leurs collègues.

M. ROTILLON craint que le but de l'administration ne soit de procéder par extinction pour trouver les fonds nécessaires à l'unification des traitements. Une tentative dans ce sens a été faite dans le X^e^ arrondissement. Nous devons nous opposer à ces suppressions.

Après échange de vues, la Société est d'avis de maintenir notre demande d'unification au taux le plus élevé sans suppression d'emploi.

Statistique des maladies aiguës et chroniques soignées par les médecins des Bureaux de bienfaisance — A ce propos, et considérant qu'à l'administration on semble croire que nous ne soignons que des chroniques, M. GIBERT pense qu'il serait intéressant que chacun de nous fit la statistique des maladies aiguës soignées par lui dans sa circonscription. Cette motion est prise en considération.

Note sur le service médical à domicile à Strasbourg. — M. P. BILLON. L'assurance obligatoire contre la maladie et les accidents a dû diminuer considérablement à Strasbourg la part de l'assistance publique dans les secours médicaux à domicile : en effet, tout individu dont le revenu n'atteint pas mille francs doit faire partie d'une société de secours, soit privée, ce qui est le plus fréquent, soit de la caisse officielle de l'Etat. Tout employeur doit être certain que son employé fait partie d'une société avant de le prendre à son service et s'assurer que son livret est en règle : autrement il serait passible d'une amende.

De cette observation préliminaire nous pourrons facilement déduire que les médecins du bureau de bienfaisance de Strasbourg auront proportionnellement moins de malades à soigner que dans nos villes françaises de population égale. Aussi n'ayant devant eux que des individus trop malheureux pour même faire partie des sociétés de secours mutuels, ont-ils tendance, étant donné le peu de soins familiaux dont leurs malades seraient entourés, à envoyer ceux-ci à l'hôpital qui les accueille toujours facilement. J'ajouterai que le médecin du bureau de bienfaisance de Strasbourg est en même temps vérificateur des décès, hygiéniste et vaccinateur. Cette dernière fonction l'occupe beaucoup et lui tient très à cœur. La vaccination est obligatoire, vous le savez, en Allemagne, une première fois à la naissance, une deuxième fois à 13 ans.

Le bureau de bienfaisance est une dépendance de l'administration de l'Assistance publique de Strasbourg qui est divisée en cinq quartiers *intra-muros* et trois quartiers *extra-muros*.

Les médecins sont au nombre de huit et il y a en outre sept médecins suppléants. Ces médecins sont nommés par la commission administrative : leurs émoluments varient

entre 1,800 et 2,000 francs : les décès, l'hygiène, les vaccinations sont payés par la ville, les consultations et visites aux indigents sont payées directement par le bureau de bienfaisance : ce dernier chiffre est fixe. Chaque médecin fait une consultation tous les jours dans un local spécial et visite les malades à domicile. Tout malade qui a besoin du médecin chez lui fait demander directement ce dernier : il paraît qu'il n'y a pas d'abus.

A la première visite le médecin donne un certificat que le malade (ou ses ayant droits) va porter à la mairie et qui servira à lui faire octroyer des secours de maladie. Des inspecteurs des pauvres, non payés, c'est-à-dire des personnes charitables et ayant accepté volontairement ce service, sont chargés des enquêtes.

Les médecins ont le droit d'ordonner tous les médicaments et le malade peut aller chez tous les pharmaciens de la ville qui ont accepté une réduction assez considérable.

Chaque division possède sa couleur spéciale de cartes et de papiers à ordonnances. Les indigents sont porteurs d'une carte qu'ils doivent aller demander à la mairie tous les ans le 1er mars, ou dans le courant de l'année si besoin est.

Je n'ai pu obtenir le chiffre de visites faites par les médecins : je puis seulement vous dire que la population de Strasbourg-ville est de 101,000 habitants et de 135,608, ville et banlieue comprise. En 1895-96, il y a eu 8,396 personnes inscrites ou secourues par le bureau de bienfaisance dont 4,140 adultes et 4,256 enfants au-dessous de 16 ans ; ce chiffre tend à diminuer puisqu'en 1891-92, il était de 10,286.

J'ai cru comprendre que les indigents ne tenaient pas beaucoup à consulter les médecins des bureaux de bienfaisances, tout en préférant être soignés à domicile qu'à l'hôpital : mais je ne saurais m'étendre sur ce fait, ayant peur de ne pas avoir très bien compris les explications qui m'étaient données.

Je ne voudrais pas terminer ces quelques renseignements sans vous entretenir d'une œuvre qui m'a paru très belle et d'une utilité incontestable. Je veux parler de maisons construites et appropriées pour les indigents et soumises à la gérance du bureau de bienfaisance de Strasbourg.

Les unes sont le résultat de legs de personnes charitables, les autres ont été construites par le bureau. Chez certaines le logement est composé de trois ou quatre pièces, d'autres de deux pièces seulement ; quelques-unes représentent une location maxima de 2 0/0 du prix de revient ; la plupart sont louées à un prix minime, mais il me semble me souvenir que, dans tous les cas, les locataires doivent payer les impositions et le gaz. Quand la position des indigents s'améliore, l'administration se réserve le droit de donner congé. Au total il y a 24 maisons et 22[illegible] logements.

Je crois qu'il y aurait lieu de porter à la connaissance de l'Assistance publique de Paris cette manière de faire des Strasbourgeois : ce serait d'une part une œuvre charitable, et en outre l'hygiène pourrait être maintenue et obtenue dans ces maisons au grand bienfait des indigents eux-mêmes.

Un médecin de la consultation peut-il remplacer momentanément un médecin du traitement à domicile. — M. Rotillon expose que l'administration, se fondant sur la conclusion d'un rapport fait en janvier 1894 par M. Billon, semble croire qu'un médecin à la consultation ne peut remplacer un médecin du traitement à domicile. La conclusion du rapport était en effet la suivante :

« Un médecin ne peut être titulaire dans deux arrondissements pour des services différents. » Il y aurait lieu de reprendre cette question pour éviter toute confusion. En effet, à cette époque, nous étions opposés à la séparation des deux services ; c'est pourquoi nous avions émis ce vote.

Aujourd'hui, où malgré nous la séparation est un fait accompli, nous ne devons plus envisager la question du remplacement de la même façon.

M. Billon rappelle les conditions qui ont présidé à la rédaction de son rapport, et la Société décide que : « Il n'y a pas d'incompatibilité entre les deux fonctions. »

Candidatures pour le Bureau de la Société pour l'année 1897. — Avis est donné aux candidats de vouloir bien écrire à M. le secrétaire général avant le 21 novembre.

La commission des candidatures est composé du bureau et de MM. Régnier et Pascal.

Banquet annuel. — La date est fixée au 5 décembre.

La séance est levée à 10 h. 1/4.

Le secrétaire annuel :
E. Thominet.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Première session : 23 octobre 1896

(*Suite*) (1).

Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose. — M. Legueu. Par l'expérimentation, on peut réaliser de l'hydronéphrose de plusieurs façons : par des corps étrangers introduits dans l'uretère, par la ligature aseptique ou par la mobilisation artificielle du rein, avec fixation de l'uretère. J'ai réalisé l'oblitération aseptique de l'uretère, en produisant des calculs artificiels par l'injection d'oxamide sur des lapins, et j'ai obtenu ainsi des hydronéphroses peu volumineuses il est vrai, parce que les lésions sont bilatérales et que les animaux meurent de bonne heure. J'ai également obtenu des hydronéphroses par la ligature complète ou incomplète de l'uretère, et j'ai constaté que les hydronéphroses ouvertes avaient une évolution plus lente, mais qu'elles atteignaient un volume plus considérable que les hydronéphroses fermées.

Trois ordres de causes sont susceptibles de réaliser l'hydronéphrose par un mécanisme identique à celui de l'expérimentation ; elle peut être produite : 1° par des compressions extérieures ; 2° par des corps étrangers ; 3° par des coudures ou des rétrécissements de l'uretère.

J'ai observé plusieurs cas d'hydronéphrose relevant de l'un ou l'autre de ces mécanismes ; je ne veux envisager que ce qui a trait au mécanisme de l'hydronéphrose par coudure urétérale.

On admet, sans conteste, depuis Landau, que l'hydronéphrose du rein mobile est produite par une coudure ou une

(1) Voir *France Médicale*, n° 46, 1896.

valvule urétérale. Des observations que j'ai pu faire, j'ai conclu que tout rein mobile s'accompagne d'une mobilité de la portion supérieure de l'uretère. L'uretère déplacé se plisse et se coude, et ces coudures sont intermittentes comme la mobilité du rein qui les entraîne. Ces coudures ne sont pas oblitérantes; pour qu'elles le deviennent, il faut une condition indispensable, la fixité de cette coudure. Cette fixité peut résulter de plusieures causes : disposition particulière des vaisseaux, adhérences.

Cette condition de la fixité de la coudure n'est que rarement réalisée, de là vient la rareté relative de l'hydronéphrose ouverte ; elle peut se transformer peu à peu en hydronéphrose fermée, ainsi que j'en ai observé un exemple.

La néphrorraphie est le traitement de choix de cette variété d'hydronéphrose au début; plus tard, lorsque le rein est détruit, la néphrectomie s'impose. Elle est d'autant moins grave, que la lésion étant purement locale, il n'y a pas à craindre un retentissement sur l'autre rein qui, depuis longtemps d'ailleurs, s'est habitué à ce fonctionnement compensateur.

M. Albarran. Avant de parler de l'hydronéphrose intermittente, je veux faire remarquer, après la communication de M. Legueu, que l'hydronéphrose calculeuse est moins rare qu'on ne l'admet classiquement; sans pouvoir citer le nombre exact d'hydronéphroses avec calcul publiées récemment : j'en ai moi-même opéré deux cas. Dans l'un, il s'agit d'une malade soignée cet été à Necker et où le bassinet, qui renfermait un calcul de cystine, était dilaté et contenait de l'urine absolument aseptique. Ce matin même, en ville, j'ai opéré un malade ayant un rein hydronéphrosé, et où le calcul était oxalique et sans infection.

Au point de vue du traitement, pour l'hydronéphrose de gros volume, la néphrectomie n'est pas toujours le traitement à appliquer; on peut espérer, avec une simple néphrotomie, conserver un rein fonctionnant encore. Chez une malade opérée dans le service de M. Bar, pour une uro-pyonéphrose, il persista après la néphrotomie une fistule; or, ce rein fournit actuellement de l'urine contenant le tiers de l'urée et la moitié des chlorures contenus dans la totalité des urines. Enfin, au point de vue de la fonction éliminatrice, le rein fonctionne aussi rapidement que l'autre. Cet examen a pu être fait, grâce à une sonde introduite dans l'uretère, à l'aide de la cystoscopie; cette sonde urétérale permet aussi de guérir la fistule lombaire, qui, depuis quelques jours, ne suinte plus. La néphrotomie a donc eu ici un avantage sur une extirpation du rein.

Physiologie pathologique de l'augmentation de volume du rein et de la polyurie dans les crises d'hydronéphrose intermittente. — M. J. Albarran (de Paris). On admet généralement que, dans les crises d'hydronéphrose intermittente, la succession des phénomènes est la suivante : obstacle à l'excrétion de l'urine; accumulation du liquide dans le bassinet; rétention rénale avec distension et augmentation de volume du rein; crise, puis évacuation du liquide et cessation de la douleur. C'est l'urine retenue qui augmente le volume du rein, c'est la débâcle du liquide emmagasiné dans le bassinet qui constitue la polyurie. A mon avis, cette interprétation n'est pas juste.

Augmentation de volume du rein. — A côté de la distension rénale par l'urine accumulée, il faut faire jouer un rôle très important à l'augmentation de volume du rein due à la congestion : dans les premières phases de la maladie, les phénomènes congestifs priment la rétention rénale, et en les méconnaissant, on s'expose à se tromper sur le degré de l'hydronéphrose.

Dans des expériences pratiquées avec M. Guyon, nous avons montré que la rétention vésicale complète de l'urine, détermine une congestion rénale qui augmente d'un tiers le volume du rein. Cette congestion peut déterminer de l'hématurie rénale. Dans la ligature complète de l'uretère, j'ai montré que, dans les premières heures, le rein augmente beaucoup de volume, alors que la quantité de liquide retenue est peu considérable. J'ai opéré une malade qui, depuis quatre ans, avait des crises d'hydronéphrose intermittente avec polyurie terminant la crise (1 lit. 1/2 dans une heure), or, le rein ne présentait pas traces de dilatation: il en fut de même chez une autre malade dont les crises duraient depuis quatorze mois. J'ai en outre opéré deux malades qui, tout en ne présentant pas de crises caractérisées d'hydronéphrose intermittente, avaient des reins un peu descendus : chez tous deux le rein congestionné avait un volume à peu près double de l'état normal.

Cette congestion rénale dans les crises de rein mobile avec ou sans hydronéphrose, peut déterminer de l'hématurie en dehors de toute néphrite coexistante. J'en ai observé trois cas : l'un chez un des derniers malades cités ; une autre fois chez un malade avec hydronéphrose intermittente et rein dilaté ; enfin, dans un troisième cas, chez un hystérique dont les crises douloureuses d'un rein peu mobile s'accompagnent d'hématurie et d'augmentation de volume du rein. Ces faits sont importants à connaître au point de vue du diagnostic différentiel des calculs du rein et de certaines névralgies hématuriques.

En résumé, l'augmentation de volume du rein dans les crises d'hydronéphrose intermittente dépend, dans les premières périodes de la maladie, plus de la congestion que de la rétention rénale ; dans les périodes plus avancées la rétention joue un plus grand rôle, mais la congestion contribue à augmenter le volume du rein.

Polyurie. — Il me paraît facile de démontrer qu'il ne s'agit pas, dans la polyurie post-critique, d'une simple débâcle de l'urine accumulée. Il suffit de parcourir un certain nombre d'observations pour voir qu'il n'y a pas de relation entre l'abondance de l'urine émise et le volume du rein. Une de mes malades est très démonstrative à cet égard Pendant les crises, le rein paraissait avoir le volume du poing, à la fin de la crise, elle urinait en moins d'une heure jusqu'à un demi-litre d'urine. A l'opération, je constatai que le rein n'était pas dilaté. La polyurie dépend beaucoup plus d'un accès de sécrétion après la crise que de la débâcle du liquide accumulé. En dehors des considérations précédentes, nous avons démontré cliniquement et expérimentalement, M. Guyon et moi, l'abondante polyurie qui suit les rétentions complètes d'urine. Cette polyurie est comparable à la sécrétion rénale exagérée qui suit, dans certains cas, l'oligurie ou l'anurie calculeuse lorsqu'on enlève le calcul.

M. Carlier (Lille). Tout en étant de l'avis de M. Legueu, je pense que ce dernier considère peut-être comme trop rares les hydronéphroses calculeuses. J'en ai observé deux cas, dont l'un particulièrement intéressant par le fait qu'il s'agissait d'une hydronéphrose énorme occupant les 4/5 de la cavité abdominale, que j'ai traitée par la néphrotomie. La coque rénale était réduite à une épaisseur de 6 à 7 mil-

limètres au plus. Le malade guérit parfaitement, après avoir conservé pendant quelques semaines une petite fistule. Il rendit spontanément peu après un petit calcul.

M. Montprofit (Angers). J'ai eu l'occasion d'intervenir dans trois cas d'hydronéphroses très volumineuses. Il s'agissait d'erreurs de diagnostic, on avait cru avoir affaire à des kystes de l'ovaire; et l'erreur ne fut reconnue qu'au cours de la laparotomie. Les énormes poches hydronéphrotiques furent enlevées avec la plus grande facilité et les malades guérirent sans aucun incident. Je me demande s'il est possible qu'une coque aussi mince que celle qu'il a vue dans ces trois cas, puisse jamais reprendre ses fonctions physiologiques. Ces hydronéphroses très volumineuses sont d'ailleurs faciles à enlever.

M. Legueu. On ne peut pas toujours conclure sur l'altération macroscopique très marquée d'un rein à la nullité de son fonctionnement. Dernièrement, je faisais une laparotomie pour tumeur abdominale sur une malade du service de M. Pozzi, à laquelle ce chirurgien avait enlevé le rein droit atteint de dégénérescence polykystique. La tumeur était constituée par le rein gauche considérablement bosselé, et transformé par une multitude de kystes dont les plus volumineux avaient le volume du poing. Cette malade cependant vivait d'une façon suffisante avec un seul rein, que, d'après ses altérations, on aurait pu considérer comme absolument inutile. Il est donc possible qu'un rein très transformé soit plus utile qu'on ne pourrait le croire.

Adénite sus-claviculaire cancéreuse dans le cancer de la prostate. — M. Carlier (Lille). L'adénite sus-claviculaire cancéreuse est observée dans la plupart des cancers viscéraux (estomac, intestin, foie, utérus). Cette adénite, de nature cancéreuse, se montre également dans le cancer de la prostate. J'en ai observé un exemple très probant chez un malade âgé de trente-huit ans, et que j'ai vu deux ans après le début de ses accidents urinaires. L'adénite existait à cette époque, sous la forme d'un ganglion dur, mobile, indolent, gros comme un œuf de pigeon, et situé dans le voisinage immédiat de la partie moyenne de la clavicule.

Le malade est mort, sans intervention, et sans avoir présenté, à aucun moment, les symptômes d'une lésion cancéreuse de l'estomac.

Je crois que cette adénite se rencontre uniquement dans le carcinome de la prostate, et en particulier dans la variété encéphaloïde. Le sarcome, qui est la variété la plus souvent observée chez l'enfant, ne présente sans doute pas cette tendance ganglionnaire envahissante.

Deux cas d'intervention contre l'hypertrophie de la prostate. — M. H. Bousquet (de Clermont-Ferrand). — 1° Rétention d'urine, hypertrophie considérable de la prostate. Résultat imparfait.

Il s'agit d'un homme de soixante-six ans, atteint de rétention d'urine avec cathétérisme fort difficile, par suite d'une hypertrophie spécialement localisée sur le lobe médian. La castration amena rapidement l'atrophie de la prostate; mais le fonctionnement se rétablit fort lentement, ce que l'auteur attribue à l'absence d'atrophie du lobe médian.

2° Rétention d'urine, résection des canaux déférents, rétablissement des fonctions avec atrophie considérable de la prostate.

Homme de soixante-seize ans, qui entre à la clinique chirurgicale de Clermont-Ferrand, avec une rétention aiguë et une énorme hypertrophie prostatique.

On lui fit la résection des canaux, dès le deuxième jour le malade commence à uriner; un élève du service lui fait une vaste fausse route, la sonde à demeure est remise. Malgré ce traumatisme, dès le quatrième ou cinquième jour, le malade urine seul; depuis cette époque, la prostate a notablement diminué de volume et la miction est restée facile.

M. Carlier n'a jamais observé de résultats à la suite de la résection des canaux déférents. M. Bousquet a eu affaire à un malade qui avait été très mal soigné ou pas du tout auparavant. Bien soigné, cathétérisé régulièrement pendant quelques jours, ses fonctions vésicales se sont rétablies. Il n'y a là rien d'extraordinaire et que l'on puisse mettre à l'actif de la résection des canaux déférents.

M. Bousquet. La sonde à demeure n'a jamais fait atrophier la prostate; ici elle a diminué des deux tiers.

M. Chevalier. L'évacuation régulière de la vessie amène très habituellement des décongestions considérables de la prostate, pouvant atteindre presque la moitié du volume primitif de la glande.

M. Guiard pense, comme les auteurs précédents, que la prostate se décongestionne dans de très larges proportions à la suite des traitements habituels. Il cite l'observation d'un malade, atteint de rétention chronique avec distension, qui, à la suite d'un traitement par le cathétérisme, est revenu assez rapidement à la miction spontanée.

M. Loumeau a pratiqué 4 fois la résection des canaux déférents sur des prostatiques atteints depuis plusieurs années de rétention complète. Comme résultat, prostate, testicule, rétention ont persisté comme par le passé. Mais deux de ces malades ont pourtant retiré un avantage de l'opération : ils avaient eu, à plusieurs reprises, des orchites par cathétérismes; actuellement ils ne sont plus exposés à cette complication. La résection des canaux déférents a donc été un palliatif atténuant les effets graves du cathétérisme, conformément à l'opinion émise l'année dernière, au Congrès de chirurgie, par M. le prof Guyon.

M. Bousquet revient encore sur son observation. Le traitement par le cathétérisme n'a été que peu prolongé : il est interrompu depuis longtemps. La diminution de la prostate a continué après la cessation du passage des sondes; elle semble donc bien due à la résection des canaux.

A propos de la castration pour hypertrophie de la prostate. — M. Guiard. J'ai observé un malade, âgé de soixante-dix-sept ans, atteint de rétention complète chez lequel la prostate offrait un volume et une consistance ferme tels que j'ai cru pouvoir déclarer à la famille, au bout de trois semaines, que la rétention serait définitive. Cependant, trois mois plus tard, le malade revient me dire qu'il urinait fort bien, et même qu'il vidait complètement sa vessie; sa prostate avait subi une diminution de volume considérable. Il n'est pas douteux que si j'avais castré cet homme, je pourrais le compter comme un beau succès à l'actif de la castration.

M. Vigneron (de Marseille). Je n'ai l'intention que de vous citer un cas, trop récent pour que j'en puisse actuellement tirer des conséquences bien nettes. Il s'agit d'une castration datant de dix-huit jours.

J'ai vu le prostatique en question, il y a deux ans environ

aseptique vidant mal sa vessie, avec une prostate moyennement hypertrophiée. C'est un homme de soixante ans. Avec quelques lavages au nitrate et l'évacuation, le résidu vésical était tombé à quelques grammes. Je restai un an sans le revoir. A cette époque, il me revient avec une rétention aiguë; il avait alors 4 litres d'urine aseptique par vingt-quatre heures. Sonde à demeure, huit jours ; la quantité d'urine tombe le lendemain à 2 litres et y reste quelque temps après l'ablation de la sonde. Mais celle-ci enlevée, le malade vide toujours très mal sa vessie, doit se sonder trois ou quatre fois par jour ; ça passait d'ailleurs bien. Depuis l'état s'aggrave; la quantité d'urine augmente pour arriver à 5 litres par vingt-quatre heures; il n'urine depuis trois mois que quelques gouttes par le canal, avec très violents efforts et douleur vive, il doit se sonder toutes les deux heures, et, le 6 octobre 1896, vient me réclamer pour opérer immédiatement la castration dont je lui avais parlé. Elle est faite le 8 : sonde à demeure. Suites très satisfaisantes; dès le lendemain 2 litres à 2 litres 1/4 d'urine par vingt-quatre heures. Sonde enlevée au bout de huit jours : le malade urine sans effort et vide ainsi, depuis cette époque jusqu'à ces jours-ci, juste la moitié de ce qu'il a d'urine dans les vingt-quatre heures. On continue jusqu'ici deux évacuations par jour.

Je n'attribue pas là diminution de la quantité d'urine à la castration. Je l'avais aussi bien obtenue il y a dix mois. Mais, après ce repos de la vessie, il n'avait pas pu uriner plus qu'avant la sonde. Or, actuellement, au bout de huit jours, il urine la moitié de ce qu'il fabrique. C'est mon seul cas de castration pour hypertrophie prostatique : j'aurais eu souvent l'occasion de la faire, mais je n'avais jamais pu la faire accepter.

Prothèse testiculaire après castration. — M. CARLIER (de Lille). Pour remplacer le testicule supprimé, M. Carlier propose d'employer un testicule artificiel en argent. Il fit une fois cette prothèse testiculaire, il y a un an, chez un homme entré dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur, pour une vieille hématocèle. M. Carlier dut sacrifier le testicule et le remplacer par un testicule artificiel.

M. Carlier recommande de faire, en pareil cas, la résection de la tunique vaginale et de loger le testicule artificiel dans une loge spéciale, qui sera formée par un plan de sutures au catgut de la tunique fibreuse des bourses; la peau est ensuite suturée au crin de Florence. Le mieux est de ne pas mettre en regard l'une de l'autre les deux lignes de sutures, pour éviter la contamination de la suture de la tunique fibreuse au cas de désunion de la suture de la peau.

Les testicules artificiels en argent sont bien préférables à ceux de soie, de caoutchouc ou de celluloïd, ces derniers, en effet, peuvent, à la longue, se laisser attaquer par les sécrétions locales. De plus, le testicule métallique, d'un poids moyen de 12 grammes, ne se laisse pas aussi aisément entraîner vers l'anneau inguinal, par la rétraction de la partie correspondante des bourses.

Le malade opéré en juin 1895 a été revu ces derniers temps ; le testicule, très mobile dans les bourses, est très bien supporté, et le malade ne se serait peut-être pas douté de la substitution opérée, sans l'indiscrétion de l'infirmier qui avait assisté à l'opération.

Détail intéressant, il y a une atrophie presque complète du lobe droit de la prostate.

Valeur de la résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate. — M. CARLIER (de Lille). J'ai pratiqué sept fois depuis un an, la résection des canaux déférents chez six malades atteints d'hypertrophie de la prostate, et chez un malade non prostatique, mais âgé et entré dans mon service pour un rétrécissement large de l'urètre. Mes malades n'ont pas été favorablement influencés par cette intervention, et leur dysurie a persisté, aussi accusée qu'avant l'opération. Je crois donc peu à l'influence de la résection des canaux déférents sur l'hypertrophie de la prostate.

J'ajoute que j'ai été surpris que le rétréci, auquel j'avais pratiqué la même opération, ait paru, au contraire, en bénéficier, car ce malade a mieux uriné; depuis lors le résidu urinaire de la vessie a été moins considérable, et l'état des urines s'est amélioré.

J'ai renoncé aux incisions pratiquées tout le long des cordons à leur sortie du canal inguinal. J'ai recours à une toute petite incision faite au-dessous de la racine de la verge, à la partie supérieure du raphé des bourses. Par cette incision, je vais à la recherche du canal déférent du même côté, il me suffit d'effondrer légèrement la cloison des bourses pour saisir le canal déférent du côté opposé. Un crin de Florence suffit pour fermer cette petite incision, et les malades peuvent se lever le lendemain de l'opération.

La résection a toujours été faite très largement, puisque j'ai toujours réséqué au moins 8 centimètres du canal déférent.

De la désinsertion des muscles droits dans la taille hypogastrique. — M. DESNOS. L'incision longitudinale sus-pubienne, suffisante pour un certain nombre d'opérations simples, ne laisse pas un espace assez large pour mener à bien les manœuvres compliquées. C'est pour remédier à cette étroitesse qu'on a proposé la section transversale des muscles droits ; mais la suture consécutive de ces muscles échoue le plus souvent, et il en résulte une faiblesse de la paroi abdominale dont j'ai eu plusieurs exemples.

Dans le but d'éviter cet inconvénient, j'ai recours à un procédé différent que je ne suis pas le premier à avoir employé et qui consiste dans la désinsertion des muscles droits de leurs attaches pubiennes. L'incision longitudinale est faite comme d'habitude, puis prolongée au-devant du pubis, jusqu'à un centimètre de la racine de la verge. Les parties molles sont incisées jusqu'à la symphyse, puis les bords des muscles écartés avec le doigt qui passe derrière eux. En me guidant sur ce doigt, je limite alors l'étendue que je veux donner au décollement, et à l'aide d'un fort bistouri, je sectionne l'entre-croisement des fibres tendineuses jusqu'à la symphyse, puis sur le bord supérieur du pubis, je prolonge latéralement l'incision du périoste à 2 centimètres de la ligne médiane. A l'aide d'une rugine plate ou un peu coudée sur le plat, je décolle le périoste et les insertions tendineuses sur les deux tiers supérieurs de la face antérieure du pubis. L'écartement ainsi produit est considérable : toute la face antérieure de la vessie est découverte l'incision de celle-ci en montre toute la surface interne, y compris la région cervicale, surtout si on s'est aidé du ballon de Pétersen, et dans l'immense majorité des cas, on peut se dispenser de recourir à la symphyséotomie.

M. CLADO ne croit pas le procédé de Desnos très nécessaire. Depuis longtemps, il a vu M. Guyon sectionner les

muscles droits à droite et à gauche, en ailes, de façon à donner un jour considérable. Il ne voit pas la nécessité de décoller le périoste.

M. Desnos voit dans son procédé le grand avantage de la réparation parfaite.

La suture à trois étages dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. — M Assaki (de Paris) rapporte l'histoire d'une malade atteinte d'une fistule vésico-vaginale, de dimensions moyennes, qu'il a opérée en suivant un procédé particulier. Ce procédé comprent six temps : 1° avivement asymétrique du vagin avec perte de substance ; 2° excision de l'anneau et du court trajet muco-muqueux ; 3° grattage de la muqueuse vésicale ; 4° suture de la muqueuse ; 5° suture du reste de la paroi vésicale (points de Lembert-Lauenstein) ; 6° colporrhapie. Assaky croit cette manière de faire applicable à tous les cas de fistule vésico-vaginale, dans lesquels les conditions locales permettront une suture soignée, à deux étages, de la vessie, suivie d'une colporrhaphie.

M. Clado a employé depuis quatre ans, le procédé décrit par M. Assaky, sans le publier. Il l'a appliqué à plusieurs reprises avec le plus grand succès.

Mais ce procédé n'est appliquable que quand la muqueuse vaginale est souple, facile à mobiliser, quand la fistule n'est pas trop grande.

Dans les cas contraires, fistules calleuses, adhérentes, très larges, il vaut mieux recourir à la taille hypogastrique. L'auteur rapporte deux exemples personnels d'opérations pratiquées dans ces conditions.

M. Loumeau (de Bordeaux). Dans les cas de rétention aiguë d'urine visés par les précédents orateurs, dont j'accepte d'ailleurs les opinions, on a eu surtout en vue les cas où existent seulement des obstacles momentanément impénétrables à l'excrétion urétrale de l'urine vésicale. Dans ce cas, la simple ponction, pour les rétentions aseptiques, la taille hypogastrique pour les rétentions septiques, et pour certaines rétentions liées à des déchirures de l'urètre profond, me paraissent absolument indiquées. Mais ces deux opérations ne sont que préliminaires et pratiquées pour ainsi dire à titre d'attente. Ce que l'on a omis de dire, c'est que l'obstacle urétral peut être non pas temporaire, mais définitif et incurable, comme par exemple dans les cas d'oblitération complète du canal par cancer de la prostate ou par certains cas d'épithélioma primitif de l'urètre. Ici ce n'est plus simplement la ponction ou l'incision temporaire de la vessie qui s'imposent, c'est, que l'urine soit septique ou non, la fistulisation sus-pubienne de la vessie par la cystostomie. C'est l'opération que j'ai dernièrement proposée à une vieille dame de soixante-quinze ans, atteinte d'épithélioma primitif et oblitérant de l'urètre avec énorme rétention d'urine et état général très précaire. Devant le refus de la malade à subir la cystostomie, je dus me contenter, pour ne pas être obligé de répéter indéfiniment la ponction capillaire, de faire le cystodrainage hypogastrique, l'opération de Méry rajeunie par M. Lejars. La malade, étant fort affaiblie, a succombé, au bout de douze jours, à une broncho-pneumonie double.

M. Duret (de Lille). Je n'ai observé qu'un accident après la ponction vésicale en cas de fracture du bassin avec déchirure de l'urètre : ce fut une légère infiltration. Quand la déchirure est importante, on peut encore essayer très doucement le cathétérisme, mais sans insister, et si la sonde ne passe pas facilement, il faut alors immédiatement inciser la vessie, pratiquer le cathétérisme rétrograde et refaire ensuite un urètre avec les tissus périurétraux. C'est ce à quoi il a fallu arriver dans un énorme foyer et où quelques gouttes d'urine étaient émises. Le malade guérit sans fistule.

M. Carlier (de Lille). Je crois que, dans les phlegmons gangréneux de la verge, on doit d'emblée arriver à la cystostomie.

Dans les cas où la vessie est infectée et où le malade refuse la cystostomie, on peut se contenter de la ponction en pratiquant par le trocart des lavages au nitrate.

C'est ce que je fis une fois, répétant mes ponctions 4 fois par jour. Le cinquième jour, on put sonder et le malade se trouva avec une vessie désinfectée.

M. Pousson (de Bordeaux). Il faut distinguer les rétentions d'ordre dynamique, celles des prostatiques et des rétrécis, où la ponction est indiquée, de celles d'ordre mécanique, où il faut l'incision sus-pubienne quand on ne peut attaquer l'obstacle. Pour moi, la septicité n'est pas une indication formelle d'incision vésicale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1897.— Présidence de M. Ch. Monod.

Traitement chirurgical du cancer du foie. — M. Routier. Le diagnostic du cancer du foie peut parfois présenter les plus grandes difficultés. Je dois rappeler le cas d'une tumeur arrondie, fluctuante, saillante, de l'hypochondre droit, dans laquelle ayant fait une ponction je trouvai du pus. Par la laparotomie, une nouvelle ponction, faite dans le foi même, donna issue à du pus franc, en apparence. Devant cette constatation, je fis l'incision de la poche croyant avoir affaire à une collution simple. Or, l'ouverture montra que l'on se trouvait en présence d'un ramollissement cancéreux. Il fut nécessaire de se contenter d'un tamponnement de la cavité ramollie. La malade résista à l'opération, mais succomba ultérieurement aux progrès de son affection.

M. Quénu. Devant des faits semblables, l'intervention devient impuissante, et le diagnostic peut rester impossible à poser.

Tumeur cérébrale. — M. Broca fait un rapport sur une observation envoyée par M. Barette, où des symptômes oculaires seuls avaient révélé l'existence d'une tumeur volumineuse qui comprimait le plancher du 4e ventricule. La trépanation large ne permit pas l'extirpation totale et le malade succomba. C'est à l'autopsie que l'on put reconnaître la grande étendue de la tumeur.

Tuberculose du rein. — M. Tuffier. Aucune modification ne sera apportée par la statistique que je vais présenter à l'opinion admise jusqu'à ce jour par tous les auteurs.

On ne peut avoir la prétention de guérir la tuberculose rénale, mais je désire seulement montrer les symptômes qui peuvent légitimer l'intervention. Ils sont au nombre de trois. L'hématurie, la douleur et l'infection suppurante.

Deux fois je suis intervenu pour des accidents hématuriques, par une néphrectomie et une néphrotomie. Cette dernière conserva le rein drainé et n'a plus eu d'hématuries.

La forme douloureuse se caractérise par des douleurs

analogues à des coliques néphrétiques subintrantes : j'ai fait une néphrectomie qui fut suivie d'un engraissement véritablement pathologique, l'intervention date de 1892.

Chez une seconde malade les phénomènes douloureux présentaient une intensité extraordinaire. La néphrectomie montra une série d'abcès froids dans le rein malade.

Les calculs secondaires à la pyélonéphrite tuberculeuse peuvent provoquer de même des accidents douloureux et entraîner la nécessité d'opérer. J'ai vu de ce fait un exemple que j'ai opéré. C'était chez un confrère qui est mort dans les 24 heures qui ont suivi l'opération.

La suppuration tuberculeuse, l'infection du rein est l'origine même de la plupart des interventions sur le rein.

J'ai opéré 9 fois. Les cas de rétentions purulentes avec volumineux abcès sont extérieurement francs et malgré l'intervention le pronostic reste mauvais.

Traitement du cancer du foie. — M. Ricard. On nous a récemment parlé de l'extirpation du cancer du foie, puis des procédés de ligatures du foie. Je ne puis m'inscrire contre l'utilité de ces ligatures, ne les ayant pas expérimentées. Mais je me suis trouvé en présence d'un fait où l'abondance de l'hémorrhagie devait rendre illusoire l'usage de toute ligature.

Il s'agissait d'une tumeur hépatique, au creux épigastrique, sphérique, bien régulière, indolente, chez une femme jeune et bien portante. Je diagnostiquai un kyste hydatique. Je fis une ponction qui resta absolument blanche. Je fis la laparotomie qui me montra une saillie hépatique, sessile, implantée sur le foie sans bosselure. Sortie de l'abdomen elle était absolument fluctuante, d'où je me demandais s'il ne s'agissait pas d'une tumeur née du centre du foie et ayant dédoublé le tissu hépatique. Je ponctionnai avec le moyen trocart de Potain le centre de la tumeur, et il sortit un jet de sang noir qui fit une saillie de 15 centimètres. Nouvelle ponction qui donna le même résultat, sans pénétrer dans une cavité.

C'était une tumeur vasculaire du foie — je cherchai à faire une suture, mais par la piqûre de l'aiguille le sang jaillit. De la plèvre, la suture était impossible — c'est la compression prolongée 25 minutes et le fer rouge qui seule put arrêter l'hémorrhagie.

Le ventre put alors être refermé. La malade guérit mais, quelques mois plus tard, la tumeur grossit, l'ascite apparut et après quelques ponctions palliatives, la mort survint.

De ce fait je peux conclure qu'il faut être prévenu qu'il existe du côté du foie des tumeurs, qui peuvent être l'origine d'hémorrhagie devant lesquelles on est à peu près désarmé.

Rétrécissement traumatique de l'urèthre. — M. Bazy. Un vieillard de 75 ans avait été comprimé par une voiture et il en était résulté une fracture du bassin 40 ans auparavant. Il avait continué à bien pisser et ce n'est que 40 ans après que le malade commençait à avoir quelque trouble.

Puis il y eut rétention d'urine. L'exploration était arrêtée dans la portion membraneuse, la prostate n'était pour rien dans la rétention. Je passai alors une bougie filiforme qui pénétra facilement. Je vissai un conducteur Maisonneuve et essayai de passer une sonde à bout coupé — celle-ci fut arrêtée. Il n'y avait pas déviation, mais bien rétrécissement. Je n'hésitai plus, je passai la lame de Maisonneuve et sectionnai un véritable tissu de cicatrice. Les suites en furent absolument simples. Le malade se comporta comme un rétréci. Les antécédants et l'examen physique démontraient l'existence d'un rétrécissement traumatique de la portion membraneuse datant de 40 ans.

Dans un article sur le cathétérisme tardif de Legueu, on trouve un fait analogue, mais sur lequel l'auteur ne paraît pas avoir insisté

M. Routier. J'ai vu un cas qui eut 7 ans après un traumatisme analogue (fracture du bassin) un rétrécissement.

Gangrène du poumon. Résection de lambeaux sphacelés. — Présentation de pièces par M. Bazy.

Hypertrophie mammaire énorme. Ablation. Guérison. — Présentation de pièces par M. Michaux.

Ulcères élvévateurs de l'avant-bras syphilitique pris pour un ostéo-sarcôme. — Présentation du malade par M. Picqué.

F. Verchère.

VARIÉTÉS

Conseil général des Sociétes medicales d'arrondissement de la Seine.

Séance plénière tenue le 11 janvier 1897 à la mairie du VI^e^ arrondissement, comprenant toutes les Sociétés Médicales de la Seine, sous la Présidence de M. le Dr Desnos.

M. le Président ouvre la séance et prononce l'allocution suivante :

« Messieurs et chers collègues,

Il semble que depuis un certain nombre d'années le besoin d'association s'accentue de plus en plus parmi les membres d'une même profession, et nous, médecins, nous obéissons à cette tendance car nous voyons se multiplier autour de nous les réunions médicales les plus diverses. Or entre tous les modes de groupement, il n'en est pas, à mon avis, qui soit préférable ni plus digne d'encouragement, d'estime, que la Société d'arrondissement. Nulle part on ne s'entoure de plus de garanties morales pour l'admission d'un candidat qui presque toujours, est déjà connu et sur qui une enquête est ordinairement inutile. C'est là que les confrères s'apprécient le mieux et s'il en est un quelque part à qui sa conscience reproche une peccadille, soyez certains qu'il ne se présentera même pas à vos suffrages; l'élimination est assurée d'avance. Faire partie d'une société d'arrondissement c'est avoir son brevet d'honorabilité.

Aussi sommes-nous heureux de constater que les sociétés d'arrondissement sont plus florissantes que jamais; partout le nombre des adhérents augmente, les séances sont suivies et fort bien remplies. De plus, nous en voyons de nouvelles se former. Nos confrères du XIII^e^ arrondissement, qui ont bien voulu accepter l'intervention du Conseil général, ont réussi à se grouper et à fonder une société qui prospère. Aujourd'hui même, ceux du XX^e^ se réunissent et arrêtent les bases, sans doute définitives, d'une association; enfin nous savons que, dans tous les arrondissements qui n'en possèdent pas, des tentatives sont faites pour en créer et nous avons tout lieu d'espérer qu'à la fin de l'année pro-

chaine, il n'y aura pas à Paris d'arrondissement qui soit privé de société médicale.

Ce besoin général, s'explique par l'extension croissante que prend Paris et par ses dimensions excessives ; dans chaque arrondissement les coutumes, les relations, les intérêts sont sensiblement différents. Je n'en veux d'autre preuve que la variété des habitudes de chacune de nos sociétés. L'une représente une assemblée scientifique soumise à un règlement sévère et aux séances de laquelle se produisent des travaux importants. Ailleurs, ce sont les questions professionnelles qu'on aborde d'ordinaire ; dans d'autres, et celles-là sont les plus nombreuses, les réunions nt plus familières et le président a plutôt à guider une causerie qu'à conduire une discussion. Il en est d'autres enfin, plus intimes encore, dans lesquelles nos confrères aiment à se réunir souvent autour d'une table bien garnie plutôt qu'autour d'un tapis vert. Mais partout on retrouve un caractère commun ; c'est la bonne entente qui y règne ; les différends sont vite apaisés, les rivalités se taisent et on sent partout la plus grande cordialité : c'est là la vraie famille médicale.

Cependant ces Sociétés risqueraient de voir leurs efforts demeurer stériles et leurs projets les meilleurs tomber dans l'oubli si elles restaient isolées et s'il n'existait entre toutes un lien commun qui est le Conseil général. Ce n'est pas à vous que j'ai à dire quel est son rôle et son fonctionnement ; d'ailleurs notre secrétaire général, dont le zèle n'est jamais en défaut, vous rendra compte de nos travaux ainsi qu'il le fait tous les ans. Vous savez qu'aucune question importante intéressant le corps médical ne le laisse indifférent et les efforts qu'il a faits dans l'intérêt commun ont souvent abouti à un résultat pratique.

Peut-être est-ce aujourd'hui seulement que plusieurs d'entre vous seront instruits du détail de nos travaux, car notre assemblée ne cherche pas volontiers à attirer bruyamment l'attention sur elle. On a pu lui appliquer le mot de Voltaire qui, parlant des Académies de province, prétendait qu'elles ressemblaient à des filles bien élevées qui ne font point parler d'elles. Pour ma part, j'accepte ce reproche adressé à notre conseil, car c'est à mes yeux un de ses principaux mérites et je vous demande la permission de m'en expliquer devant vous.

Aujourd'hui, en effet, s'introduit de plus en plus, dans les mœurs médicales, l'habitude de mettre le grand public au courant de nos faits et gestes par l'intermédiaire de la presse politique. Je ne parle pas des prétendus articles de médecine ; chaque lecteur, instruit par la chronique médicale de son journal, connaît bientôt toutes les maladies, tous les traitements, discute, ergote, et surtout conclut avec l'assurance la plus absolue. S'il se bornait à ce ridicule, le mal ne serait pas grand ; mais, malheureusement, les questions professionnelles sont également abordées et les personnalités prises à parti. Il n'est si petit événement qui ne soit commenté par la presse, présenté sous le jour le plus favorable à l'esprit et à la ligne politique de tel ou tel journal ; les interviews se multiplient et un différend qui se serait aisément arrangé prend de grandes proportions et reçoit parfois les honneurs d'une interpellation.

Je n'ai pas à rechercher si une publicité de ce genre est, en théorie, un bien ou un mal ; pour nous qui n'avons rien à dissimuler, nous aimerions à exposer au grand jour les questions que nous soulevons ; mais le but qu'on vise en publiant ces faits est de gagner l'opinion. Or, le public n'a ni le temps ni le souci de s'en occuper longuement. Dans toutes nos discussions, les gens du monde ne retiennent que l'énoncé, que le titre ; c'est pour eux une affaire entre tel docteur et telle administration ; et souventen voyant se reproduire ici une contestation entre médecins, là une polémique entre chirurgiens, ailleurs un conflit avec une administration, voir même une grève, puisque le mot a été imprimé, ils finissent par se faire de nous une opinion absolument fausse. Dénaturant les choses, ils voient un refus de service alors qu'il s'agit d'une demande de juste rétribution, et un acte d'inhumanité dans la plus légitime des réclamations, certaines personnes dans un but intéressé d'ailleurs, affectent de considérer les médecins comme d'éternels mécontants pour dénier ensuite toute valeur à leurs réclamations. Aussi croyons-nous que c'est mal servir la causes que nous défendons que de la livrer au jugement de personnes qui ne peuvent, même avec les meilleures intentions, avoir des éléments suffisants d'appréciation.

Excusez-moi, Messieurs, si mes paroles viennent heurter le sentiment de quelques-uns d'entre vous ; les remarques que je fais s'adressent d'ailleurs plus au public qu'aux médecins. Pour nous, contentons-nous de la presse médicale qui nous est largement ouverte ; nous y comptons des amis dévoués et ils nous offrent une tribune dont le retentissement nous suffit : c'est entre nous que nos discussions doivent se passer. Tel est du moins l'esprit qui jusqu'à présent a animé dans tous ses actes l'assemblée que j'ai l'honneur de présider. Ferme dans ses projets, confiant dans la valeur morale que lui donnent ces origines et sa composition même, le conseil général s'efforcera toujours de soutenir les droits et les revendications du corps médical, et tout en prenant ardemment la défense de ses intérêts, il n'oubliera jamais qu'il doit avant tout se montrer soucieux de la dignité professionnelle. »

La parole est ensuite donnée à M. le secrétaire général pour la lecture du procès-verbal de la séance de 1896 tenue sous la présidence de M. le Dr Tapie. Il rappelle les travaux du Conseil relatif à la création du laboratoire municipal de bactériologie, à la rédaction du code de déontologie, à l'établissement des cartes d'identité délivrées par la préfecture de police, à la question des subventions officielles accordées aux polycliniques. La réunion eut à s'occuper des deux questions suivantes, la première relative à l'exercice de la médecine par les médecins étrangers, la seconde à la publication des comptes rendus du conseil. Deux rapports lus l'un par M. le Dr Ducor au nom de la Société du XVIIe, l'autre (rapport du Dr Lutaud) par M. Nitot au nom du IXe servirent de base à la discussion. Il fut décidé que chaque Société d'arrondissement serait saisie de la question, et que le Conseil, après avoir pris connaissance des vœux émanés de chaque Société, ferait les démarches nécessaires auprès des pouvoirs publics pour faire adopter la décision prise en séance du Conseil.

Relativement à la question de la publication des comptes rendus des séances du Conseil, demandée par plusieurs sociétés. M. le Secrétaire général déclare que le bureau est en pourparlers avec l'imprimeur, ce qui permettra d'envoyer au moins au Secrétaire général de chaque Société médicale le compte-rendu de chaque séance.

M. le Secrétaire général présente ensuite son rapport sur les travaux du Conseil pendant l'année 1896.

En 1894, *le Conseil* réunissait pour la 1re fois en assemblée plénière tous les membres des sociétés médicales d'arrondissement sous la présidence de M. le Dr Verchère. L'année dernière M. le Dr Tapie était appelé à présider la deuxième réunion ; c'est pour la 3e fois que je suis appelé à vous rendre compte des travaux de l'année.

Nous pouvons avec satisfaction regarder l'œuvre accomplie par le Conseil. Il compte aujourd'hui neuf années d'existence, les questions qui lui sont soumises sont de plus en plus nombreuses, son autorité a grandi, il peut parler aujourd'hui au nom de plus de mille membres, composant les 17 sociétés médicales d'arrondissement de la Seine. Jamais à aucune époque un groupement aussi important n'a pu être réalisé. Nous pouvons envisager l'avenir avec confiance et nous dire que, si les difficultés de la profession augmentent, nous devons trouver dans les associations qui se créent de toutes parts les moyens de les combattre sinon de les supprimer.

Vous connaissez la circulaire de M. le ministre de l'Instruction publique qui établit une distinction entre les étudiants qui veulent se fixer en France et ceux qui veulent exercer à l'étranger, je n'y reviendrai pas. Tels qu'ils sont ces résultats sont satisfaisants. Mais qu'il me soit permis de dire que le Conseil avait été peu radical dans ses tendances. Le texte de la loi de 1892 reste intact, il porte comme paragraphe additionnel à l'art. VII la faculté pour le ministre d'accorder des dispenses. Ce texte de loi subsiste encore, la circulaire ministérielle ne pourrait y toucher. C'est ce paragraphe que nous aurions voulu voir supprimer par une loi nouvelle.

Le ministre actuel s'est engagé à ne pas user de la faculté que lui a laissé la loi, espérons que les ministres futurs seront aussi favorables à cette thèse et aussi bien disposés à l'égard du corps médical français.

En second lieu, le conseil a eu à s'occuper de la rédaction d'un code de déontologie. La Commission qui fut nommée dans ce but a été d'avis que l'on ne pouvait s'engager dans la rédaction d'un code complet de cette nature. Les faits de l'exercice de notre profession sont en effet trop nombreux et trop particuliers pour être tous visés. Elle a simplement pensé que l'on devait établir un certain nombre de règles fondamentales et indiscutables traçant les grandes lignes à suivre dans l'exercice de notre profession, et elle a rédigé un ensemble de principes qui, après adoption, ont été imprimés et distribués à tous les membres des Sociétés médicales ; ils sont destinés à figurer comme annexes dans les statuts des sociétés. A ce sujet la plupart des journaux médicaux ont reproduit cette publication, tous pour l'approuver, plusieurs l'ont trouvée insuffisante. Dans tous les cas, c'est un essai, le premier qui ait été fait dans cette voie ; l'avenir dira si l'on peut s'engager plus avant et compléter cette publication, comme l'ont fait certaines Sociétés médicales en Belgique surtout.

Le Conseil a eu ensuite à s'occuper de la question des cartes d'identité délivrées par la Préfecture de police. La plupart d'entre vous sont en possession de ces cartes.

A ce jour environ 450 cartes ont été délivrées tant par les secrétaires généraux des Sociétés que par moi-même pour les confrères qui ne font pas partie des Sociétés. Dans l'avenir elles seront distribuées de semblable façon.

Diverses autres questions se rattachant aux honoraires médicaux, aux consultations gratuites données dans les hôpitaux, ont encore retenu l'attention du Conseil.

Nous devons encore tout spécialement signaler la formation d'une société dans le XIIIe arrondissement qui n'en possédait pas encore, et qui a réuni presque aussitôt 21 membres. D'autres sociétés sont en formation, et comme par le passé le Conseil donnera tout son appui à leur création.

Parmi les projets à l'étude, je mentionnerai la question des consultations externes et des admissions gratuites dans les hôpitaux, et celle de la création *d'un ordre de médecins*.

Cette dernière a été l'objet de travaux très consciencieux et très complets. Abordée par plusieurs Sociétés médicales elle n'a jamais reçu de solution. Nous avons pensé qu'un groupement important comme le nôtre, qui à raison même de son origine, présente une honorabilité non discutée, devait aborder résolument cette question et réaliser ce qu'il sera possible dans cette voie. Une commission composée de MM. Gibert, Desnos, Depasse, Verchère, Mangenot et Cayla a été nommée dans la séance de décembre ; après avoir pris connaissance des travaux faits jusqu'à ce jour et étudié la question sous toutes ses faces elle remettra un rapport qui sera alors soumis à chaque Société.

J'avais pensé aussi que le Conseil devait prendre l'initiative d'une publication, comprenant l'histoire des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris dont quelques-unes sont fort importantes.

Voici en quelques mots ce que nous avons fait dans l'année qui vient de s'écouler, il reste encore beaucoup à faire. Les questions d'ordre et d'intérêt général deviennent de plus en plus nombreuses. L'organisation que nous avons permet de les aborder et de les résoudre mieux que toute autre association, l'expérience le prouve. C'est à chacun de nous à apporter une part de son activité à l'œuvre commune, malheureusement il faut reconnaître que si l'on entend beaucoup de doléances dans notre milieu, on trouve peu de confrères qui consentent à sacrifier un peu de leur temps et de leur activité. Le salut est cependant à ce prix.

Nous avons peu à espérer de la bonne volonté des pouvoirs publics, comme nous avons pu en acquérir la certitude.

Faisons donc nos affaires nous-mêmes et pour cela développons l'esprit d'association et de bonne confraternité.

Restons libres et indépendants sans nous laisser émouvoir par les défaillances de quelques-uns et les attaques des autres. C'est dans ces sentiments que votre Conseil a toujours marché et qu'il compte persévérer.

L'ordre du jour appelle ensuite la Communication de M. le Dr Genesteix sur l'état des Sociétés composant le Conseil, 17 Sociétés en font actuellement partie comprenant actuellement plus de 1,000 membres, une Société nouvelle a été formée dans le XIIIe avec M. Maugenot comme président ; une autre est en formation dans le XXe. Beaucoup de membres du 2e arrondissement faisant partie du 1er, comme le fait observer M. le Dr Chassevant, président de la Société, il ne resterait donc plus que trois arrondissements le 5e le 18e et le 19e qui ne possèdent pas de Société médicale.

L'assemblée aborde ensuite la question de l'alcoolisme, à

ropos du rapport présenté à la Société du XVII[e] par
. Poitou-Duplessy au nom d'une commission composée
e MM. les D[rs] Audrey, Ducor, Hitier, Jasiewicz. Le maire
n nom de la délégation cantonale de cet arrondissement
vait demandé l'avis de la Société sur les meilleures me-
ures à prendre pour combattre les progrès de l'alcoolisme.
e rapport de la commission a été imprimé et un exem-
aire a été remis à chaque Société.

M. le D[r] Legrain, président d'une association contre l'abus
es boissons alcooliques, n'ayant pu venir à la séance, et
autre part la question n'ayant pas été étudiée dans toutes
s Sociétés, son étude est reportée à la séance de février
u Conseil ; l'assemblée est d'avis que le Conseil n'a pas
ualité pour adhérer comme personne morale à une asso-
ation. A ce propos notre ancien président, M. le D[r] Gi-
ert, fait remarquer qu'il existe déjà une association qui
orte le nom de *Société française de tempérance*, ligue
ationale contre l'alcoolisme, fondée en 1872 , dont M. le
r Motet est le président, et que cette association a rendu
e grands services à ce jour.

Une seule question est proposée par l'assemblée, celle du
rvice médical de nuit. M. le D[r] Herck du XI[e] fait l'histo-
que de la question. Après l'exposé fait par notre confrère,
ne discussion à laquelle prennent part MM. les D[rs] Ber-
od, Moutier, Sebillotte, Jasiewicz, Tapie amène l'assem-
ée à proposer un ordre du jour de protestation. Parmi
s trois proposés, l'un par la société du XVI[e], l'autre par
bureau, le 3[e] par M. le D[r] Verchère, ce dernier est
dopté ; il est ainsi conçu :

« Le conseil général des Sociétés médicales d'arrondisse-
ment réuni en assemblée plénière, s'associant aux pro-
testations des médecins de nuit, et considérant comme
impraticable le nouvel état de choses, soumet au conseil
municipal la nécessité de revenir à un système compatible
avec la dignité professionnelle et avec l'intérêt des malades. »

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire général,
Docteur Cayla.

Banquet de la Société médicale des bureaux de bienfaisance

Le banquet annuel a eu lieu le samedi 5 décembre, Nous
vons regretté que cette date coïncidât avec une séance du
ndicat, ce qui nous a privés de la présence d'un de nos
mpathiques vice-présidents.

S'étaient excusés : M. le Directeur de l'Assistance publi-
ue qui a écrit une lettre fort courtoise à notre secrétaire-
énéral ; M. Jules Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Aca-
émie de médecine ; notre président honoraire, M. Com-
enge, encore un peu souffrant ; M. Machelard, dont le
rand âge interdit les sorties du soir ; MM. Gourichon,
Yvon, Morel d'Arleux, Dufournier, Aubert, Triboulet,
Meusnier, Blind.

Des médailles d'argent, frappées au coin de la Société ont
té décernées en souvenir de leur présidence, à trois de nos
ollègues :

M. Rotillon, président en 1894, dont les efforts persévé-
ants dans nos revendications ont préparé le succès dont
ous nous réjouissons aujourd'hui et dont la présidence a
aissé une impression tout à la fois d'autorité, de sympathie
t de valeur personnelle.

M. Dusseaud, président en 1895, dont nous regrettons l'absence à ce banquet, qui a poursuivi, pendant sa présidence, l'œuvre de ses prédécesseurs, avec une grande énergie et un entier dévouement.

M. de Pradel, enfin, notre président de cette année 1896, auquel est échue la bonne fortune de voir se réaliser sous sa présidence un de nos vœux les plus chers, dont le souvenir restera attaché à son nom, et qui a pu, pendant ce temps, faire apprécier de tous ses qualités aimables de courtoisie et de cordialité. Par ses communications médicales à la société, inspirées par la plus sagace observation, M. de Pradel a voulu rappeler que la Société ne s'occupe pas uniquement d'administration ainsi qu'on avait cru pouvoir le dire à tort, mais que ses sujets d'étude comprennent tout ce qui a trait à l'assistance médicale à domicile, médecine, chirurgie, obstétrique, hygiène, statistique, enfin administration.

Nous regrettons tous de voir cesser réglementairement la brillante présidence de M. de Pradel qui, au dessert, a prononcé le discours suivant :

Messieurs,

« Depuis plusieurs années, c'était pour souhaiter la bienvenue à de nouveaux collègues, récemment nommés par la voie du concours Médecins des bureaux de Bienfaisance, que le Président de ce banquet se levait à l'heure des toasts et des allocutions d'usage. Aujourd'hui je n'ai pas à obéir à cette tradition, puisque l'absence de concours nous prive du plaisir de voir, autour de cette table, la phalange habituelle des nouveaux promus.

Tout en regrettant que notre Société soit privée, cette année, de l'appoint de force et de vigueur que lui apportent toujours ces nouveaux membres, laissez-moi me féliciter, cependant, d'avoir à présider, ce soir, un banquet... plus intime, et de voir, autour de cette table et de cette nappe blanche, toutes les figures sympathiques que j'ai trouvées assidues, dans le courant de l'année, autour de la table et du tapis vert de notre salle des séances de l'avenue Victoria.

Puisque nous sommes en famille, c'est donc en l'honneur des anciens que je désire lever mon verre ce soir. Mais, avant de porter ce toast, vous ne me pardonneriez pas, Messieurs, si je n'étais votre interprète pour manifester notre regret de n'avoir pas au milieu de nous, en cet instant, un de nos anciens confrères — comme il aime, du reste, à se nommer lui-même d'une façon fort bienveillante — Monsieur le Directeur général de l'Assistance publique.

La lettre si aimable par laquelle M. Peyron s'excuse de ne pouvoir assister à ce banquet nous fait souvenir que si nous avons été, en effet, ses collaborateurs dans le travail, il a été, lui aussi, cette année, notre collaborateur puissant dans nos justes revendications.

Nous aurions aimé à l'en remercier personnellement et, pour ainsi dire, publiquement ce soir, et à lui dire que, fiers de ce titre qu'il veut bien leur donner, les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris désirent rester les collaborateurs dévoués à la grande œuvre d'assistance aux pauvres de notre capitale.

Monsieur le Chef de la division des secours voudra bien transmettre à monsieur le Directeur les sentiments de la Société ; et puisque M. Baudouin des Salles est au milieu de nous, qu'il nous permette de lui dire que, si nous sommes heureux de le compter parmi les membres de notre Société, nous tenons à le remercier, non seulement de nous avoir

apporté sa cotisation, mais surtout d'avoir pris la louable habitude — que nous prisons fort — d'apporter sa sympathique présence à nos banquets.

J'ai dit, Messieurs, que cette réunion tout intime m'incitait à lever mon verre en l'honneur des anciens de notre Société. C'est de grand cœur, j'en suis fier, que vous vous associerez à mon toast : A la fin de cette année de présidence, où j'ai eu la bonne fortune de voir se réaliser un des plus importants de vos vœux, je ne puis, en effet, m'empêcher de penser que si notre Société doit une part de sa force et de sa vigueur aux jeunes générations qui sont venues à elle dernièrement, elle doit, en tout cas, le succès de ses réclamations et une grande partie de l'autorité qu'elle a acquise à la ténacité, à la sagesse de ses revendications nettement formulées depuis des années...

Nous avons déjà fêté, dans un banquet, la nomination de notre très distingué collègue, le Dr Gibert, un de nos doyens, comme membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Sa modestie souffrirait si nous le félicitions de nouveau, aussi n'est-ce pas lui mais nous-mêmes que je féliciterai d'avoir choisi un représentant aussi digne et aussi autorisé.

Les événements, Messieurs, se sont, du reste, chargés déjà de montrer quelle était l'opportunité, pour tous, d'avoir au sein du conseil de surveillance, un médecin du traitement à domicile.

Une des premières questions traitées dans le nouveau conseil de surveillance n'a-t-elle pas été cette question si grave, si importante, de la transmission de la tuberculose dans les logements infectés des pauvres et à l'hôpital? Les conclusions adoptées par la commission chargée d'étudier cette question n'ont-elles pas été, justement, les conclusions présentées par notre collègue Gibert qui s'appuyait, lui-même, sur les travaux de deux membres distingués de notre Société les docteurs Séailles et Bimsenstein ?

S'il avait été nécessaire, Messieurs, de faire la preuve de l'utilité d'un représentant des médecins des Bureaux de bienfaisance au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, nous pourrions dire, non sans une petite pointe d'orgueil pleinement justifié par ce premier succès de notre collègue, que cette preuve est faite.

Mais le Dr Gibert ne manquera pas d'occasions de faire ressortir l'indispensabilité de sa présence dans l'Assemblée dont il fait partie. Les Médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris forment, aujourd'hui, un corps de médecins instruits et dévoués qui ne sont pas, comme le croient encore, et à tort, certains de nos grands confrères éloignés depuis longtemps du commerce des petits praticiens, chargés seulement de distribuer de la tisane et du sirop calmant à des malades chroniques et incurables, mais qui ont, au contraire, la charge d'un grand nombre de malades aigus de tous les âges, qu'ils suivent et soignent chez eux, et qu'ils guérissent souvent aussi vite et toujours à moins de frais qu'à l'hôpital. Il est bon que ces choses, que nous pourrions prouver facilement par nos statistiques, soient sues, même de nos maîtres. Nul ne sera mieux placé que M. Gibert pour le faire comprendre à ceux d'entre eux qui font partie du Conseil de surveillance.

Si je voulais, Messieurs, passer seulement en revue les questions traitées et les travaux effectués au sein de notre Société pendant le cours de cette année, il me faudrait retenir encore votre attention pendant longtemps et vous pourriez regretter que votre président ait choisi et cette heure et ce lieu pour un tel exposé.

Avant de me retirer la parole je veux encore, cependant, remercier, au nom de la société, notre collègue le Dr Rotillon, qui, dans une circonstance spéciale, au Congrès de Genève, nous a représentés avec toute la dignité et le tact dont il a ample provision.

Déjà, au Congrès de Lyon, l'année dernière, M. Billon avait fait connaître à nos confrères lyonnais nos idées et notre organisation, et avait accompli, avec le même succès, sa mission. Nous croyons, Messieurs, que notre société ne saurait trop persévérer dans cette voie et doit continuer à envoyer dans les Congrès d'assistance des représentants.

Pour terminer, Messieurs, j'ai encore un vœu à émettre, et ce vœu que je ne formule pas, je sais qu'il est celui de la société toute entière : Il est à cette table un des plus anciens médecins du traitement à domicile en exercice, un homme qui, à lui seul, travaille plus pour la société que le bureau tout entier : j'ai nommé notre excellent secrétaire général.

Au Dr Le Coin nous devons non seulement des remerciements pour son zèle infatigable et son dévouement absolu à nos intérêts, mais ses longs et importants services à l'Assistance publique méritent encore une distinction spéciale. Je vous donne rendez-vous, mes chers collègues, au banquet, prochain j'espère, qui nous réunira pour fêter cette distinction. »

Notre confrère, M. Beaudüoin des Salles, Chef de la division des secours à l'Assistance publique, qui assistait au dîner, s'est chargé de porter à M. le Directeur de l'Assistance publique l'expression de tous nos regrets et nous a félicités de notre accord et de notre union.

Tous les convives étaient heureux de se rencontrer et d'être assis autour d'une excellente table et la réunion s'est achevée sous une très bonne impression d'excellente camaraderie.

Pendant le dîner, sur la proposition de MM. Séailles et Billon, approuvée à l'unanimité par l'assemblée, M. le secrétaire général a été chargé d'envoyer à nos collègues, les médecins de la municipalité de Saint-Pétersbourg un télégramme de sympathique confraternité.

BILLON et LE COIN.

MEMENTO PRATIQUE

Le sulfonal contre les sueurs nocturnes des phtisiques. — Voici les conclusions d'un travail publié dans le *Bulletin médical du Nord* par MM. Combemale et Descheemaker.

Les dix observations publiées montrent que le sulfonal diminue la sueur chez les tuberculeux restés à la première et à la seconde phase de leur maladie. Le sulfonal, en effet, a chez les uns fait cesser après deux ou trois prises toute transpiration, chez d'autres la transpiration s'est localisée à une partie du corps et de préférence à la tête ; d'autres enfin ont vu leurs sueurs cesser, mais ont toujours conservé une certaine moiteur de la peau. La disparition complète de la sudation n'est donc pas toujours obtenue, mais au moins sa modération importante survient toujours. C'est là le fait capital qui ressort de nos recherches.

Il semble aussi résulter de quelques observations que l'action du sulfonal n'est pas indéfinie : le sujet de l'observation IV vit, en effet, après cinq jours de ce traitement à raison d'un gramme, reparaître les sueurs qui se localisèrent alors à la tête.

Le sulfonal dans la plupart des cas semble encore agir pendant quelques jours après qu'on a cessé de l'administrer ; c'est ainsi que dans l'observation V la malade est restée quatre jours encore sous l'action du médicament.

L'emploi du sulfonal même prolongé n'a donné lieu à aucun accident chez aucun de nos malades, excepté chez la malade de l'observation VII, nerveuse et neurasthénique ; au bout de quinze jours de traitement elle a présenté en effet quelques douleurs de tête et des bourdonnements d'oreilles qui cessèrent le jour même de la suppression du sulfonal.

Enfin, comme cela a déjà été dit, les tuberculeux de la troisième période ont retiré aussi profit de l'emploi du sulfonal ; si leurs sueurs n'ont pas diminué après l'absorption de ce médicament, les qualités hypnotiques du sulfonal leur ont procuré quelque soulagement en amenant un sommeil moins troublé et par suite plus réparateur.

En résumé, à la dose de un ou deux grammes, le sulfonal agit efficacement sur les sueurs nocturnes des tuberculeux, pourvu que les cavernes ne soient pas considérables que les sueurs ne soient pas profuses ; et même alors, si les sueurs ne sont pas amoindries, il y a meilleur sommeil. Il n'y a pas d'inconvénient sérieux à son emploi. L'usage prolongé au-delà de quinze jours amène l'accoutumance.

Remède contre les piqûres de moustiques, punaises et autres insectes. — M. Gonin (de Lyon), recommande de badigeonner les piqûres avec un pinceau imbibé de formaline (solution de formaldéhyde) ; on laisse s'évaporer le liquide, et on renouvelle l'application. D'après l'auteur, l'effet calmant serait instantané. Si la peau est excoriée, on éprouve une cuisson assez vive, qu'un lavage à l'eau calme immédiatement. La peau est durcie, et comme parcheminée, à l'endroit où l'application a été faite ; mais on n'observe aucun phénomène inflammatoire.

Bromoforme chloroformé. — M. le Dr A. Peltier nous signale une erreur dans notre numéro du 18 décembre de la *France médicale*. La cuillerée à café contient :

Bromoforme..... 0.05
Chloroforme..... 0.033 et non 0.33.

Les doses de la cuillerée à bouche sont bonnes.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — L'assemblée des professeurs a voté jeudi dernier la liste de présentation des candidats à la place vacante de professeur de pathologie interne. Le vote a donné les résultats suivants :

En 1re ligne : M. Hutinel, 16, voix, M. Brissaud, 14.
En 2e ligne : M. Déjerine, 29 voix, M. Brissaud, 1.
En 3e ligne : M. Chauffard, 29 voix, M. Brissaud, 1.

En conséquence, M. Hutinel est présenté à l'approbation du ministre.

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour trois places de médecins des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 22 février 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 18 janvier 1897, sera clos définitivement le vendredi 5 février, à trois heures.

Concours des prix de l'internat. — Le concours pour la médaille d'or (chirurgie) s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Baudet. — Médaille d'argent : M. Lapointe. — Accessit : M. Marion.

Bureaux de bienfaisance de Paris. — Un concours aux places de médecins du traitement à domicile et du service des consultations s'ouvrira le lundi 5 avril 1897.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (service des Secours à domicile), de onze heures à quatre heures. Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 5 mars 1897, quatre heures, inclusivement. Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1° Etre de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des facultés de médecine de l'Etat ;

2° S'ils postulent pour le service du traitement à domicile, s'engager à résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitraphe.

Il sera délivré récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces. Un exemplaire du réglement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

Conseil de surveillance de l'assistance publique. — Par décret en date du 21 décembre 1896 M. Emile Level, maire du XVIIe arrondissement, est nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, en remplacement de M. Emile Ferry, décédé.

Médecins sénateurs. — Plusieurs de nos confrères ont été élus sénateurs Ce sont le Dr docteur Ducoudray dans la Nièvre ; les Drs Théophile Roussel et Monestier dans la Lozère ; le Dr Lourties dans les Landes et le Dr Treille à Constantine.

Institut Pasteur. — Mme la baronne Maurice de Hirsch, veuve d'un financier décédé l'an dernier à Vienne (Autriche) vient de faire don à l'institut Pasteur d'une somme de deux millions. Cette somme, entre autres destinations, servirait à honorer plus largement les médecins chefs de services de cet établissement et à fonder un laboratoire de chimie et un laboratoire de bactériologie.

Société médicale du VIe arrondissement. — Le bureau de la Société est ainsi composé pour 1897 :

Président, Dr Dromain ; vice-présidents, Drs Valude et Richardière ; secrétaire général, Dr Genesteix ; secrétaires des séances, Drs Boissier et Ancelet ; trésorier, Dr Pruvost.

Récompenses honorifiques. — Le Ministre de l'intérieur, sur la proposition du Comité supérieur de protection des enfants du premier âge, et à l'occasion du jubilé de M. Théophile Roussel, a accordé des récompenses aux médecins suivants :

1° *Diplôme supérieur* : MM. Bozonet, Colon, de Velling ;

2° *Médailles d'argent* : MM. Blanc, Bouchain, Ciaudo, Cornet, Cousyn, Dorvan, Duché, Ducondut, Durand, Des-

mons, Fieheux, Gachassin, Lafite, Mazade, Ramadier, Régimbart, Sellier;

3° *Médailles de bronze :* MM. Alexandre, Barthès, Berthelot, Blanche, Blin, Boudou, Bouju, Campion, Cantié, Cazes, Chavanon, Cosson, Cristofini, Delfau, Denis, Faivre, Fuzet du Pouget, Guinand, Laumet, Lautré, de Lavernay, Lutel, de Manny, Marie, Marie, Massu, Massul, Metton, Lepouzé, Perriou, Picard, Purrey, Richaud, Duvernet, Rousseau, Touchard.

Médecine navale. — Les médecins de 1re classe de la marine Chastang et du Bois Saint-Sévrin sont mis à la disposition de la Société des œuvres de mer pour embarquer sur les deux bâtiments-hôpitaux que cette Société dirigera sur les bancs de Terre-Neuve et sur l'Islande pendant la prochaine campagne de pêche.

Association médicale britannique. — Le 31 août prochain, l'Association médicale britannique tiendra son assemblée annuelle à Montréal. Il a été décidé qu'un des trois grands discours inscrits au programme sera prononcé en français.

Lord Lister. — Le titre de lord et la pairie ont été conférés récemment par la Reine d'Angleterre à Lister. C'est le premier médecin élevé au titre de lord. Sir J. Lister a 70 ans et n'a pas d'enfants auxquels il puisse transmettre son titre.

La mortalité à Paris. — Pendant la 1re semaine, du 3 au 9 janvier 1897 le service de la statistique a compté 1011 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine dernière 970, au lieu de la moyenne 1183.

Les maladies épidémiques sont moins rares (34 au lieu de 32 et de la moyenne 73), la fièvre typhoïde a causé 4 décès au lieu de 3 et de la moyenne 7, la scarlatine 1 au lieu de 1 et de la moyenne 3, la rougeole 6, au lieu de 6 et de la moyenne 14, la coqueluche 8 au lieu de 8 et de la myenne 6, la diphtérie 9 au lieu de 8 et de la moyenne 24, la variole 1 décès.

Il n'y a pas eu de décès par typhus.

On a signalé 7 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 18 décès au-dessous de 1 an au lieu de 10 et de la moyenne 37.

En outre 27 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 156 décès (au lieu de 135 pendant la semaine précédente et au lieu de 240, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 26 décès (au lieu de la moyenne 39) ; bronchite chronique, 23 décès (au lieu de la moyenne 54) ; broncho-pneumonie, 51 décès (au lieu de la moyenne 64) ; pneumonie, 47 décès (au lieu de la moyenne 83). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 47 décès, dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 169 décès au lieu de la moyenne 206 ; la méningite tuberculeuse, 19 décès ; la méningite simple, 17 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 27 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 77 décès, et les maladies organiques du cœur, 76 ; le cancer a fait périr 64 personnes. Enfin, 34 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 27 suicides, et 15 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 399 mariages.

On a enregistré la naissance de 1233 enfants vivants (625 garçons et 608 filles), dont 904 légitimes et 329 illégitimes. Parmi ces derniers, 40 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 343 enfants, dont 7 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 92 seront nourris au sein et 251 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 113 mort-nés (dont 78 légitimes et 35 illégitimes).

Nécrologie. — Le Dr Lescuyer de Verdun-sur-Meuse, décédé brusquement à l'âge de 62 ans. — Le Dr Carrette, de Lyon, reçu en 1881. — Le Dr Fontrouge, d'Ouveilhan (Aude), reçu en 1866.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1897, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par le professeur Trousseau, et le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Code médical professionnel*, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. — 5° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de Valcourt.

Plus, un calendrier à deux jours par page ; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins des bureaux de bienfaisance ; les médeccins inspecteurs des eaux minérales ; les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine de France ; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les fesseurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : 3 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr. ; — n° 4, en maroquin, 7 fr. ; — n° 5, avec fermoir en maillechort, 9 fr. — Paris, Asselin et Cie.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestins.**

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat